ESSAI

SUR

L'ASTHME.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 9 Juin 1838;

PAR

J.-F.-X.-M.-J.-G. BENOIT-GUEYRARD,

D'Avignon (Vaucluse);

Chirurgien Sous-Aide-Major de l'Hôpital militaire de Lyon, ex-Élève de l'École pratique de Montpellier;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Ars longa........ judicium difficile, experientia fallax..............

Hipp.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,

J.-J. GUEYRARD,

Ex-Médecin principal en chef des armées d'Italie, de Naples et de l'Hôtel des Invalides d'Avignon; membre de la Légion d'honneur et de plusieurs Sociétés savantes et médicales, etc., etc.

Larmes et regrets éternels !!!

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Toi qui as veillé sur moi avec tant de sollicitude, qui as entouré de soins les plus tendres mon jeune âge, et que ma jeunesse a si péniblement préoccupé; reçois l'hommage de mon travail comme une faible marque de ma vive et éternelle reconnaissance. Conserver ta santé, soulager tes maux, tel sera désormais le but constant de tous mes efforts.

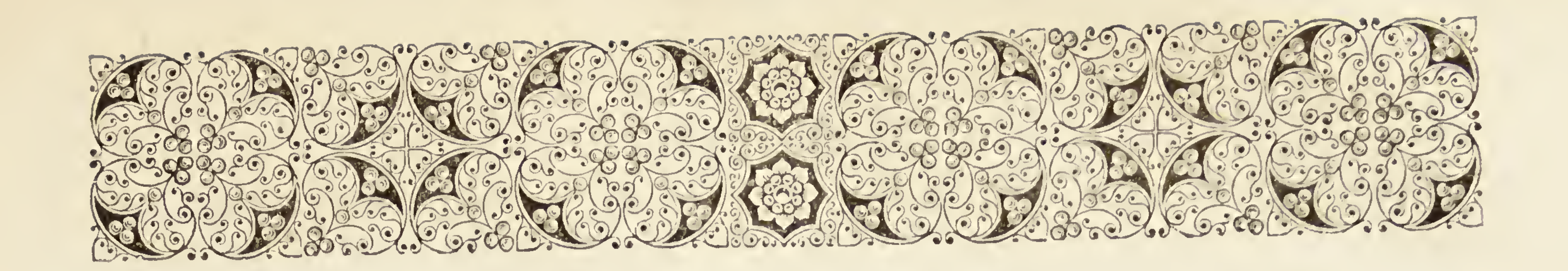
A MON ÉPOUSE CHÉRIE.

En te donnant ici un temoignage public de mon amour, je satisfais au vœu le plus cher de mon cœur; reçois l'hommage de cette œuvre comme gage de ma tendresse et de mon dévouement inaltérables.

A MON ONCLE **ROLAND**,
A MA BONNE SOEUR **FÉLICIE**,
A MON BEAU-PÈRE,
A MA BELLE-MÈRE,
A MES BEAUX-FRÈRES **AUGUSTE V. ET JACQUES M.**,
A MES BELLES-SOEURS **VIRGINIE ET CHARLOTTE.**

Réunis ici comme vous l'êtes dans mon cœur, daignez accepter ce travail, hommage de respect, de reconnaissance et d'amour.

Jules BENOIT-GUEYRARD.



ESSAI

SUR

L'ASTHME.



DÉFINITION.

On donne le nom d'asthme, mot dérivé du grec αὼ ασθμαίνειν hâleter, respirer difficilement, à une dyspnée qui, produite par un spasme fixe des ramifications des bronches, se montre par attaques plus ou moins longues, régulières ou périodiques ; s'accompagne de serrement de la poitrine, de mouvements comme convulsifs de la part des muscles inspirateurs, et d'un sentiment de suffocation ; enfin, se distingue, sous le rapport symptomatologique, de toute autre difficulté de respirer, en ce que l'inspiration est lente et grande, au lieu d'être courte et précipitée.

HISTORIQUE.

On ne saurait douter que l'asthme ne se soit montré dans tous les temps et dans tous les lieux. Cependant les médecins de l'antiquité ni ceux du moyen âge ne paraissent pas avoir eu de notions fort exactes sur cette maladie ; ce qui le prouve, c'est que le mot asthme était pour eux une dénomination générique par laquelle ils désignaient toute espèce de difficulté de respirer. Arétée l'appliquait même à l'essoufflement qui est la suite d'une course, d'un exercice, d'un effort quelconque.

Il faut arriver aux 16e et 17e siècles pour ne plus trouver l'asthme confondu avec la difficulté de respirer qui coexiste à titre de symptôme avec l'hydrothorax, l'hydropéricarde, les lésions du cœur et des gros vaisseaux, l'emphysème, les adhérences du poumon, la pleurésie, la pneumonie, etc. Willis, un des premiers, en a exposé les caractères distinctifs, et en a mieux précisé la signification : *asthma*, dit-il, *est respiratio difficilis, convulsiva, crebra et anhelosa cum magna pectoris agitatione et plerumque citra febrem* (1).

Van-Helmont considère l'asthme comme l'effet d'une affection identique à celle de l'épilepsie; aussi l'appelle-t-il épilepsie pulmonaire, *caducus pulmonis* (2).

Baglivi attache la plus haute importance à la distinction de l'asthme en convulsif et humoral : *nisi rectè distinxeris asthma convulsivum ab humorali, numquam ex voto succedet curatio* (3).

Floyer, l'un des historiens les plus fidèles de l'asthme humide, parce qu'il en était atteint lui-même, regarde comme cause essentielle de cette maladie une fluxion séreuse vers les poumons, au moyen de laquelle il se forme une congestion qui, se combinant avec

(1) *De medicam. thoracis*, p. 107.
(2) *Ortus medic.*, p. 289.
(3) *Op. omn. med. prat. et anat.*, p. 46.

un état nerveux, rétrécit les canaux aérifères, et par suite rend la respiration difficile (1).

Sauvages (2) et Cullen (3) définissent l'asthme, une dyspnée intermittente revenant par accès dans l'intervalle desquels la respiration est quelquefois tout-à-fait libre. L'un et l'autre admettent autant d'espèces d'asthme que de causes et de complications capables de modifier le spasme pulmonaire et de constituer une indication thérapeutique.

Whytt pense que la difficulté de respirer dans un accès d'asthme ne dépend ni de l'engouement des voies aériennes, ni de la compression de ces mêmes voies par l'engorgement du tissu interlobulaire, mais bien de la coarctation nerveuse des ramifications bronchiques, coarctation qui est cause que ces tuyaux aérifères ne cèdent pas, comme dans l'état ordinaire, à la pression de l'air ou aux efforts qu'il fait pour entrer dans les poumons lors de l'inspiration (4).

Zallony et Brée, sujets à l'asthme, nous ont laissé deux monographies sur cette affection, qui ont paru l'une en 1809 et l'autre en 1819. Elles peuvent être bonnes à consulter pour quelques faits thérapeutiques, mais leur intérêt est nul sur tous les autres points.

Si nous consultons les auteurs les plus modernes, nous trouvons des idées plus ou moins analogues ou plus ou moins opposées à celles des médecins que nous venons de citer.

Suivant Georget, Berard et Jolly, l'asthme n'est autre chose qu'une convulsion des muscles respirateurs, déterminée par une irritation cérébrale (5). Mais si cette opinion avait le moindre fondement, la dyspnée dont il s'agit ici serait fort commune, car elle devrait apparaître dans toute céphalalgie, dans la méningite, dans les lésions traumatiques du cerveau, etc.

(1) Traité de l'asthme, traduit de l'anglais. Paris, 1761.

(2) Nosol. méth.

(3) Élém. de méd. prat.

(4) Traité des vapeurs ou malad. nerv.

(5) Physiologie et pathol. du système nerveux.

Confondant l'effet avec la cause, Laënnec attribue l'asthme à l'emphysème du poumon. Il n'aurait pas commis une erreur pareille s'il avait mieux apprécié les circonstances qui précèdent ce phénomène, et s'il se fût surtout rappelé ce passage de Barthez dans ses éléments de la science de l'homme (passage très-applicable aux spasmes des poumons, puisque les canaux aérifères sont pourvus de fibres charnues) : « lorsque la force des contractions des muscles, dit ce célèbre physiologiste, est exaltée à un degré extraordinaire, si son action n'est point accompagnée d'une force suffisante de situation fixe dans toutes les parties de ces muscles, il peut survenir, dans quelques-unes de ces parties, des points de rupture. » Toutefois, l'auteur du traité de l'auscultation, sans se mettre en peine d'être trouvé en contradiction avec lui-même, finit par admettre que l'asthme proprement dit est une dyspnée purement nerveuse ou indépendante de toute lésion organique, mais pouvant se compliquer avec diverses altérations, surtout avec le catarrhe pulmonaire chronique (1).

M. Rostan déclare que, chez les vieillards, comme si l'âge les rendait entièrement étrangers à l'influence des agents modificateurs du système sensitif, l'asthme n'est point une affection nerveuse, et qu'il dépend constamment alors d'une altération des organes de la respiration et de la circulation, notamment des ossifications de l'aorte. Quant à l'asthme qui apparaît aux autres époques de la vie, il avoue qu'il ne regarde pas comme impossible qu'il soit dû à un vice de l'innervation pulmonaire (2).

Considérant l'état convulsif des muscles inspirateurs et expirateurs, MM. Roche et Sanson se croient fondés à voir dans celui-ci une névrose de la respiration, mais ils n'osent point se prononcer sur sa cause essentielle. « Ne serait-il pas possible, disent-ils, que cette cause ne fût pas unique, et que l'asthme pût être également produit, *chez les individus prédisposés*, tantôt par la névrose de la

(1) Traité de l'auscult. médiate.

(2) Cours de méd. clin.

muqueuse pulmonaire, tantôt par la lésion du cœur ou des gros vaisseaux, quelquefois par une irritation cérébrale, et parfois par l'emphysème du poumon (1)? » On voit que ces auteurs prennent, sans s'en douter, de simples causes occasionnelles ou provocatrices pour des causes efficientes; toutefois ils reconnaissent, mais d'une manière vague, que l'asthme ne peut se développer sans une *prédisposition particulière.*

MM. Broussais, Andral, Bricheteau, Bégin et Ferrus, soit dit sans vouloir en faire la critique, ne nous fournissent aucune idée bien nette et tant soit peu satisfaisante sur la nature de l'asthme. Le premier veut que cette maladie soit toujours l'effet d'un état spasmodique du cœur, organe qui, selon lui, est le régulateur principal de la respiration (2). M. Andral emploie rarement le mot asthme, et forcé néanmoins de convenir qu'on observe beaucoup de cas où la dyspnée ne saurait être rapportée à aucune lésion organique, il admet, comme en passant, un asthme avec congestion sanguine ou muqueuse, et un asthme purement et spécialement nerveux (3). M. Bricheteau croit que la cause première de l'asthme est une phlegmasie de la membrane muqueuse des conduits aérifères, qui se distingue de toute autre phlegmasie ayant le même siége par la propriété de resserrer ou d'obstruer ces conduits d'une manière spasmodique (4). D'après M. Bégin, l'asthme consiste en une irritation de la membrane muqueuse pulmonaire, irritation qui détermine sympathiquement la contraction des parois de la poitrine (5). L'asthme, au dire de M. Ferrus, consiste en une affection des nerfs respirateurs, qui donne lieu à l'oxigénation incomplète du sang, et par suite à un commencement d'asphyxie (6).

(1) Élém. de path. médico-chirurg.
(2) Comm. des prop. de path.
(3) Clin. méd., t. III.
(4) Archiv. génér., t. IX.
(5) Journal complém., t. V.
(6) Dict. de méd.

MM. Broussonnet et Golfin ne considèrent pas l'asthme comme constituant une maladie ou plutôt une affection spéciale et élémentaire; ce n'est, suivant ces honorables professeurs, qu'une variété, une forme de l'élément spasmodique (1). Cette manière de voir, qui se rapproche à certains égards de celle de Van-Helmont, paraît fort plausible; néanmoins il faudrait, ce me semble, pour être exempte de toute difficulté : 1° qu'elle expliquât pourquoi le poumon, par suite d'une disposition héréditaire ou acquise, devient, plutôt que tout autre organe, le siége d'un spasme fixe; 2° qu'elle pût démontrer que toutes les maladies nerveuses dépendent d'une seule cause essentielle constamment identique, et qu'il n'existe aucune différence entre les diathèses épileptiques, asthmatiques, tétaniques, hystériques, etc.; 3° enfin, qu'elle nous dise pourquoi on ne voit pas l'asthme, l'angine de poitrine, l'épilepsie, le tétanos, le spasme utérin et plusieurs autres maladies nerveuses se succéder ou se transformer les unes dans les autres.

DIVISIONS.

Bien que l'asthme soit, dans tous les cas, une affection spasmodique spéciale, cette affection peut subir un grand nombre de modifications qu'il importe au médecin de bien connaître s'il veut établir convenablement les indications curatives. Le nombre d'espèces ou de variétés d'asthme, fondées sur la diversité de ces modifications, ne saurait être assigné, attendu que les causes capables de les produire se trouvent subordonnées à des influences provocatrices ou à un grand nombre de complications fort éventuelles.

Les variétés les plus remarquables sont celles que l'on a généralement admises sous les noms d'*asthme sec* et d'*asthme humide*, ou bien d'*asthme purement convulsif* et d'*asthme catarrhal.* La première espèce,

(1) Examens et leçons orales.

qui constitue l'asthme dans toute sa simplicité, s'observe chez les vieillards décharnés et presque étiques. La seconde espèce, beaucoup plus commune, résulte de la combinaison de l'affection asthmatique avec une affection catarrhale. Toutes les variétés, fondées sur la diversité des complications ou sur l'importance de certaines causes déterminantes, tiennent plus ou moins de ces deux espèces génériques. Parmi ces variétés, les plus remarquables sont celles qui sont désignées sous les noms d'asthme pléthorique, hystérique, hypocondriaque, goutteux, rhumatique, métastatique, emphysémateux, d'asthme compliqué d'une lésion organique du cœur ou de tout autre organe, etc.

Eu égard à sa longue durée, la prédisposition à l'asthme peut se faire considérer comme une affection chronique; mais quant aux attaques d'asthme, elles sont, à la rigueur, toujours plus ou moins aiguës, attendu que l'ensemble d'accès dont elles se composent ne persiste jamais au point de les faire mettre au rang des maladies dites chroniques. La distinction d'aigu et de lent, appliquée à l'asthme, peut donc paraître peu exacte lorsqu'elle s'applique à la maladie asthmatique seulement, c'est-à-dire abstraction faite de sa cause. On peut toutefois réserver la dénomination d'*asthme aigu* pour l'asthme de Millar, ou asthme aigu des enfants, attendu que les attaques en sont très-intenses et sont passagères comme l'affection qui leur a donné lieu.

ÉTIOLOGIE.

Constitué par une affection spéciale ou *suí generis*, que la plupart des causes provocatrices communes à la plupart des maladies peuvent mettre en jeu, l'asthme peut paraître, de prime-abord, n'exiger aucune étude étiologique. Toutefois, bien que ses causes prédisposantes et occasionnelles n'offrent rien de particulier, bien que nous ne puissions découvrir dans aucune d'elles ou dans leur ensemble la raison suffisante de sa formation, on ne peut douter qu'elles ne lui

fournissent des conditions plus ou moins favorables de développement, et qu'il ne soit fort utile de chercher à en apprécier l'influence. Conservant donc la classification ordinaire des causes, nous allons successivement passer en revue : 1° celles qui paraissent les plus propres à modifier le système vivant de manière à faire naître l'aptitude à l'asthme ; 2° celles qui peuvent en provoquer la manifestation ; et 3° celles qui effectuent la dyspnée on la maladie asthmatique.

I. — CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'asthme n'est dans aucune circonstance le résultat d'une simple irritation pulmonaire ; ses attaques supposent toujours une diathèse ou affection spéciale préalable. On ne peut en douter que quand on considère : 1° que, sur des milliers d'individus placés dans les mêmes conditions, il en est un ou deux seulement qui soient sujets à l'asthme ; 2° que les attaques asthmatiques ne sauraient être produites à volonté ; 3° que nous ne connaissons aucune lésion appréciable qui puisse en être regardée comme la cause nécessaire ou suffisante ; 4° que les attaques d'asthme se reproduisent presque toujours chez ceux qui en ont éprouvé une première, etc.

La prédisposition asthmatique est quelquefois héréditaire ; mais cette hérédité n'est pas aussi énergique, aussi tenace que celle de beaucoup d'autres diathèses également transmissibles, telles que la phthisie et le rachitis en particulier ; aussi épargne-t-elle plusieurs des individus issus de mêmes parents, et se perd-elle souvent après deux ou trois générations.

Les principales sources de l'aptitude à l'asthme sont : l'âge, le sexe, le tempérament, diverses causes pathologiques, le régime, certaines habitudes, les climats, les saisons, etc.

1° L'asthme peut se montrer à toutes les époques de la vie, mais la vieillesse est celle où on l'observe le plus fréquemment. Il est rare dans la première enfance. Les jeunes gens y sont aussi fort peu sujets;

mais lorsque cela arrive, les attaques en sont, pour l'ordinaire, incomplètes. L'âge imprime certaines modifications à la nature de l'asthme : ainsi, dans l'enfance, cette affection, comme l'a remarqué Millar, se montre plus aiguë et plus spasmodique. Chez les vieillards, elle est souvent compliquée de lésions organiques, et revêt, dans beaucoup de cas, la forme sèche. Chez les adultes, on rencontre plus fréquemment les asthmes pléthoriques, gastriques, muqueux, goutteux, etc.

2° Les auteurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir quel est celui des deux sexes qui est le plus exposé à l'asthme. La femme, par sa constitution bien plus nerveuse que celle de l'homme, paraîtrait devoir en être plus fréquemment atteinte. Toutefois, tant d'influences peuvent annihiler celles du sexe, que nous devons garder le doute à cet égard, d'autant plus que nous sommes dépourvus de données statistiques.

3° L'idiosyncrasie asthmatique ne s'exprime par aucune forme ou physionomie particulière ; cependant on regarde comme plus sujettes à l'asthme humide les personnes douées d'embonpoint et très-sujettes aux catarrhes. Les individus d'une constitution sèche, très-nerveux et très-irritables, sont en général plus exposés à l'asthme purement convulsif. Les personnes sanguines, pléthoriques et nerveuses sont plus sujettes à l'asthme spasmodico-sanguin. Ce tempérament montre nécessairement plus d'aptitude à l'asthme compliqué d'affection gastrique.

4° Les influences pathologiques les plus propres à favoriser le développement de l'asthme en général, sont toutes celles qui établissent un éréthisme permanent sur les poumons : c'est ainsi que paraissent agir la pneumonie chronique, les quintes de toux très-fatigantes, les tubercules pulmonaires, etc. Les maladies qui prédisposent à l'asthme humide, sont : les bronchites, les fluxions sanguines sur les poumons souvent renouvelées, la polysarcie, etc. Les maladies qui exposent le plus à l'asthme sec, sont toutes les affections dans lesquelles domine l'éréthisme nerveux, ou dans lesquelles la sensibilité est très-exaltée ; telles sont : l'hystérie, l'hypocondrie, et ces états

morbides d'atonie et d'excitabilité qui succèdent à de fréquentes hémorrhagies, à des fièvres intermittentes nerveuses très-longues, etc.

Les affections morales n'agissent pas sans doute d'une manière à produire directement l'affection asthmatique ; mais la part qu'elles prennent à la production d'un grand nombre de maux nerveux fait pressentir qu'elles peuvent, dans plusieurs cas, contribuer, au moins indirectement, à faire naître cette affection.

5° Il existe des liaisons symptomatiques trop étroites entre l'estomac et les poumons, pour que les causes qui atteignent le premier ne soient pas maintefois vivement ressenties par les seconds. Ainsi, l'on conçoit qu'une nourriture grossière, indigeste, des aliments trop azotés, et l'abus des boissons alcooliques, peuvent concourir à former la prédisposition asthmatique, en augmentant l'excitabilité de tout le système, et particulièrement celle des organes pulmonaires au moyen de leurs liaisons avec l'appareil digestif.

6° On doit mettre au rang des causes capables de favoriser le développement de l'affection asthmatique, l'abus de la masturbation, l'usage immodéré des plaisirs vénériens, les veilles prolongées, les excès de travaux intellectuels, etc.

7° Les professions dans lesquelles on rencontre le plus d'asthmatiques, sont celles où l'on respire un air chargé de matières pulvérulentes : telles sont, par exemple, les professions de meuniers, de boulangers, de tailleurs de pierre, etc.

Plusieurs médecins ont constaté que l'asthme se montre assez fréquemment chez les ouvriers qui manient du mercure ou du plomb, ou respirent dans un atmosphère contenant des mollécules de ces métaux.

8° L'asthme se rencontre principalement dans les climats froids et humides, et dans ceux où règne une température très-basse ou très-élevée. S'il faut en croire Zallony et M. Lefèvre, il est très-fréquent dans l'Archipel et sur les côtes de l'Asie mineure. Floyer a reconnu par lui-même l'influence du climat sur le développement de l'asthme : « J'ai vécu, dit-il, douze années à Oxford, pendant lesquelles mon » asthme présenta peu d'exaspération ; mais je n'ai jamais résidé

» dans le comté de Stafford, mon pays natal, sans éprouver des at-
» taques très-intenses à des intervalles rapprochés. »

9° Lés saisons à températures extrêmes étant très-favorables à la manifestation de l'asthme, il est à présumer qu'elles ne sont pas sans quelque influence sur la production de l'affection asthmatique : l'hiver, en rendant les catarrhes pulmonaires très-fréquents ; l'été, en excitant les poumons par un air trop raréfié ou trop imprégné de calorique.

II. — CAUSES OCCASIONNELLES.

La plupart des causes que nous venons de signaler comme propres à faire reconnaître la prédisposition asthmatique doivent aussi être regardées comme capables de mettre en jeu cette même prédisposition quand elle existe. La différence dans leur mode d'agir tient autant à la durée ou à l'intensité de leur action, qu'à l'impressionnabilité ou à la manière d'être du système vivant au moment où elles ont agi. Ainsi, telles causes qui méritent d'être considérées comme prédisposantes quand leur action est prolongée, doivent l'être comme occasionnelles lorsque leur action est très-passagère et trop peu puissante pour agir autrement que par simple provocation. Toutes les fois qu'elles agissent à ce dernier titre, leur mode d'action est plus facilement appréciable, parce que l'action est alors suivie de près du résultat.

Les causes occasionnelles les plus ordinaires, sont : 1° les brusques impressions d'un air trop chaud, trop froid, trop humide, trop chargé d'électricité ; 2° l'excitation immédiate des poumons par le chlore, le gaz sulfureux, l'ammoniaque, l'hydrogène, le carbone, des substances végétales ou animales en putréfaction, des substances pulvérulentes, certaines odeurs, etc. ; 3° les moindres obstacles à la libre circulation de l'air ; 4° certaines dispositions morbides des poumons, telles que l'emphysème, l'éréthisme nerveux, un catarrhe, une irritation, une fluxion, une congestion, etc. ; 5° les métastases

exanthématiques, rhumatismales, goutteuses sur ces mêmes organes; 6° diverses sympathies, notamment celles qui résultent des lésions organiques du cœur quand elles prennent une nouvelle intensité, les irritations pulmonaires produites par un embarras gastrique, la présence des vers dans le tube intestinal, etc.; 7° l'action soudaine de certaines affections nerveuses sur les poumons (hystérie, hypocondrie, etc.); 8° enfin les vives affections de l'âme.

III. — CAUSES EFFICIENTES.

La cause efficiente de l'asthme simple ou purement convulsif, est l'affection asthmatique elle-même en action. La manière dont se forme cette affection est inexplicable; et ce n'est pas à moi qu'il appartient de l'expliquer. Mais, quelle qu'elle soit, nous savons que certaines modifications en favorisent le développement; que d'autres en provoquent l'apparition, et que, transformée en *cause efficiente*, c'est elle-même qui effectue la situation fixe des ramifications bronchiques, et par suite la dyspnée formant le caractère pathognomonique de l'asthme.

L'espèce de contraction *tétanique* qu'effectue l'affection nerveuse spéciale constituant la cause essentielle de l'asthme, a son siége dans l'appareil de Reissessein, c'est-à-dire dans les fibres musculaires des ramifications bronchiques. La difficulté de respirer dont elle s'accompagne nécessairement est en raison de l'étroitesse que subissent ces tuyaux aérifères. Lorsque la contraction devient fixe avant d'être portée au point de les oblitérer complètement, la respiration, quoique très-pénible, pourra encore se faire, et il y aura un sifflement produit par le passage de l'air à travers les ramifications bronchiques rétrécies. Mais si malheureusement la fixité se prononce au moment où la contraction est parvenue au plus haut degré, la respiration ne peut se faire qu'avec la plus grande difficulté, souvent même avec menace de suffocation. Il est facile de concevoir que celle-ci aurait

infailliblement lieu si le spasme dont il s'agit occupait la presque totalité des ramifications bronchiques.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'asthme se manifeste par des attaques composées d'un ou plusieurs accès. Ces accès ont lieu le plus souvent au milieu de la nuit ; leur invasion est, en général, subite. Le malade, plongé dans un sommeil doux et réparateur, est brusquement réveillé par un sentiment de gêne, de compression dans la poitrine ; d'autres fois l'accès est précédé de phénomènes variables, tels que des éructations, des flatuosités, une toux sèche, un certain embarras dans les voies aériennes. D'après Van-Helmont, le malade éprouve alors dans la poitrine une sensation semblable à celle que produirait l'ascension violente des poumons. Bientôt il est pris d'une constriction qui s'oppose très-vivement au passage de l'air ; on entend, à travers les parois thoraciques, un râle sibilant produit par la coarctation des tuyaux bronchiques. Assis sur son séant, les bras écartés du tronc, donnant à sa poitrine la plus grande étendue possible, et exprimant, par les traits de la face, le besoin d'introduire une plus grande quantité d'air dans les organes pulmonaires, le malade lutte contre la force irrésistible qui l'empêche de respirer ; les muscles chargés d'aider l'acte respiratoire se contractent avec force, se livrent même à des mouvements convulsifs pour rompre l'obstacle qui gêne la dilatation des bronches, mais ils ne peuvent y parvenir. L'anxiété du malade augmente de plus en plus ; en vain il cherche à parler ou à tousser : exécuter de tels actes est pour lui chose impossible. Dans un état aussi alarmant, il n'est pas rare que le pouls n'offre rien de particulier ; quelquefois le seul changement qu'il présente consiste dans une légère accélération : on dirait alors que, comme dans les affections nerveuses en général, il acquiert en fréquence ce qu'il perd en développement. Pour l'ordinaire, les membres présentent une température peu élevée ; le tronc et principalement la poitrine sont couverts de sueur.

Quelquefois, au milieu d'un tel désordre, alors qu'on s'y attend le moins et que la suffocation paraît imminente, il s'opère un changement subit, et le malade est rendu sur-le-champ à la santé ; d'autres fois la cessation des symptômes n'arrive pas d'une manière aussi prompte et aussi complète. Cependant on ne tarde pas, en général, à observer une différence notable entre les symptômes actuels et les précédents ; la respiration, quoique encore gênée, acquiert plus de fréquence et devient plus facile ; l'air, en entrant dans les tuyaux bronchiques, ne produit plus le bruit sibilant qui était si remarquable dans le principe ; il se fait peu à peu une détente générale ; les membres reprennent leur température naturelle ; la face, de pâle qu'elle est ordinairement, devient colorée ; le pouls se développe ; le malade exprime l'amélioration qu'il éprouve. Souvent il survient une toux tantôt sèche, tantôt suivie d'une expectoration plus ou moins abondante, suivant les individus qui en sont atteints, et l'accès se termine. On remarque beaucoup de variétés dans sa durée et dans son intensité. Ainsi, dans quelques circonstances, il peut cesser tout à coup sans avoir atteint le développement qu'on avait lieu de craindre. Dans d'autres cas, il peut durer quelques heures. Floyer en a vu se terminer au bout d'une demi-heure. On a généralement observé que les accès avaient d'autant moins de violence et de durée qu'ils se renouvelaient plus fréquemment. Pour l'ordinaire, l'attaque d'asthme se compose de quatre ou cinq accès, qui se montrent à peu près à la même heure et dont l'intensité va en décroissant. Dans beaucoup de cas, néanmoins, l'attaque ne consiste qu'en un seul accès, surtout lorsque celui-ci a duré plus que de coutume.

La disparition des accès n'a lieu que pour un temps plus ou moins long : chez quelques personnes, ils se reproduisent une ou deux années après ; chez d'autres, et c'est le plus grand nombre, ils se renouvellent à la fin de chaque mois.

Les attaques d'asthme purement spasmodique se reproduisent bien moins souvent que celles d'asthme humide. Si, comme on le voit assez fréquemment, les accès continuent pendant deux ou trois semaines de suite, et que le malade éprouve dans leur intervalle de

l'irrégularité dans le pouls, une difficulté de respirer que le moindre exercice puisse augmenter, des bouffées de chaleur, des pesanteurs de tête, etc., on est en droit de soupçonner quelque complication.

Les maladies qui compliquent le plus souvent l'asthme sont, outre le catarrhe pulmonaire qui accompagne constamment l'asthme humide, l'hystérie, l'hypocondrie, les embarras et les irritations gastriques, une faiblesse extrême des poumons par suite d'une disposition native, ou par l'effet de congestions répétées, la goutte, la pléthore, diverses lésions organiques du cœur ou des gros vaisseaux, etc. Ces complications exercent une influence très-active sur la fréquence des attaques. Les symptômes qu'on observe dans l'asthme compliqué tiennent à la fois de l'affection spasmodique qui constitue la cause essentielle de la dyspnée asthmatique, et de la maladie compliquante.

D'après le tableau symptomatologique que nous venons de retracer, on peut établir que les principaux caractères de l'asthme sont : 1° une difficulté de respirer paroxistique; 2° l'invasion de cette dyspnée d'une manière brusque dans la plupart des cas, et le plus souvent au milieu du sommeil; 3° pendant l'accès, outre la difficulté de respirer, un sentiment de constriction et de suffocation, une extrême anxiété, une respiration lente et grande; 4° le peu d'altération du pouls pendant l'accès dyspnéique; 5° la liberté complète de la respiration aussitôt que l'attaque a cessé. Ajoutons à ces traits caractéristiques que, si l'on percute la poitrine pendant l'accès, elle offre autant de résonnance que dans l'état normal, et que, si l'on ausculte cette cavité, on entend un râle sibilant, sec, plus sensible pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Le râle muqueux s'établit à la fin du paroxisme, quand l'expectoration commence à se faire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les maladies avec lesquelles l'asthme a quelques analogies symptomatiques, et avec lesquelles on pourrait conséquemment le confondre, sont : les anévrismes du cœur, les lésions des orifices auri-

culo-ventriculaires, le catarrhe sec de Laënnec, l'angine de poitrine, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe suffocant.

Les notions propres à faire distinguer ces différentes maladies doivent être puisées dans l'histoire de leurs causes, dans le mode d'invasion, la marche, la terminaison de chacune d'elles, en un mot, dans l'observation exacte des phénomènes qui se sont succédé.

Les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux ne pourront pas en imposer pour l'asthme, en considérant : 1° qu'elles s'annoncent toujours par des palpitations ainsi que par la fréquence et l'irrégularité du pouls, tandis que, dans la dyspnée qui nous occupe, on n'observe aucun battement anormal ni du cœur ni des artères; 2° que, dans les lésions organiques cardiaques, la dyspnée, d'abord légère, fugace, revenant après quelque fatigue, finit par devenir habituelle et sujette à des exacerbations irrégulières; au lieu que, dans l'asthme, elle disparaît après les attaques.

Le catarrhe sec chronique de Laënnec, sorte d'affection catarrhale sous l'influence de laquelle la membrane muqueuse qui tapisse les ramifications bronchiques s'est épaissie, diffère de l'asthme par les traits suivants : 1° la difficulté de respirer dont elle s'accompagne est infiniment plus légère que celle de l'asthme, et reconnaît en général pour causes celles qui sont communes aux maladies catarrhales; 2° cette difficulté de respirer se reproduit sans ordre, et se montre indifféremment le jour et la nuit; 3° à l'arrivée du paroxisme, les malades n'éprouvent pas ordinairement, comme les asthmatiques, le besoin d'avoir la poitrine et la tête élevées dans leur lit; 4° la légère dyspnée due au catarrhe sec se manifeste rarement pendant l'été, ce qui tient, suivant toute vraisemblance, à la diminution de l'engorgement des tuyaux bronchiques par l'augmentation de la transpiration cutanée.

De même que l'asthme, l'angine de poitrine (ou spasme cardiaque) se déclare ordinairement d'une manière soudaine, dépend des mêmes causes, et présente des attaques qui, dans un grand nombre de cas, reviennent périodiquement. Mais dans l'asthme, les accès éclatent le plus souvent dans la nuit, et durent pour l'ordinaire quelques heures;

tandis que le spasme cardiaque survient pendant le jour, à l'occasion d'une marche rapide ou forcée, ou par suite d'une cause quelconque capable d'accélérer les battements du cœur, et se dissipe après quelques minutes.

Dans l'asthme, les symptômes principaux sont : la lenteur, la difficulté de l'acte respiratoire, un râle sibilant, l'étendue donnée par le malade à sa poitrine pour que l'air puisse entrer avec toute la liberté possible; dans l'angine, les symptômes les plus pathognomoniques sont : 1° une douleur à la région précordiale, qui s'étend du sternum à l'épaule gauche, parfois même s'irradie sur les deux côtés du thorax jusqu'aux aisselles et aux deux bras ; 2° un sentiment de constriction porté au point que la partie antérieure de la poitrine semble se rapprocher de la région dorsale. Enfin, l'asthme est pour l'ordinaire beaucoup moins grave que le spasme cardiaque, et il n'est pas rare que celui-ci soit promptement mortel.

La dyspnée produite par un emphysème pulmonaire se distingue de l'asthme : 1° en ce qu'elle est habituelle et n'est point sujette à des paroxismes réguliers; 2° en ce qu'elle coexiste avec une toux fréquente; 3° en ce que le bruit respiratoire est nul ou presque nul dans la partie du thorax correspondant à l'emphysème; 4° en ce que, lorsqu'il est très-prononcé, l'infiltration de l'air s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou.

Le catarrhe suffocant n'est dans le fond qu'une variété de l'asthme humide : il en diffère toutefois par une marche plus intense, et surtout par son extrême gravité.

PRONOSTIC.

S'il fallait toujours juger du danger d'une maladie par la violence de ses symptômes, il en est peu qui pussent paraître aussi redoutables que l'asthme. Heureusement on peut dire qu'il est bien peu de cas où il soit mortel par lui-même.

Le pronostic varie par rapport à l'âge, à la constitution du sujet,

aux circonstances dans lesquelles il se trouve, aux complications qui surviennent, à l'ancienneté de l'affection, à la fréquence de ses attaques, et au genre de leurs causes prédisposantes ou provocatrices.

L'asthme est plus grave chez les enfants que chez les adultes, à cause de la délicatesse de leur constitution et de la dominance du système nerveux.

Si cette affection n'est point ancienne, si elle existe à l'état de simplicité, et que les accès ne soient ni trop longs ni trop fréquents, on doit être peu inquiet sur le compte du malade; mais si elle date d'un temps assez long, que les accès présentent une tendance à la continuité, et que le pouls soit irrégulier, le pronostic n'est pas satisfaisant. Il est probable qu'il existe alors quelque lésion organique.

L'asthme invétéré peut, d'après les observations de Cullen, Frank et d'autres auteurs recommandables, amener l'emphysème pulmonaire, l'hydrothorax, l'anévrisme du cœur ou des gros vaisseaux, l'hémoptysie, l'ascite, l'apoplexie, etc. S'il se joint à l'asthme des maladies aiguës de poitrine, telles qu'une pleurésie, une pneumonie, etc., le pronostic s'aggrave.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

S'il est vrai, comme l'on n'en saurait douter, que la plupart des asthmatiques meurent plutôt des suites de l'asthme que de l'asthme lui-même, on doit s'attendre à rencontrer souvent des altérations qui n'ont aucun rapport avec cette affection morbide, et auxquelles conséquemment on demanderait en vain l'explication des symptômes pathognomoniques de l'asthme. Ces altérations pouvant, dans certains cas, coïncider seulement avec lui, et, dans d'autres, lui être consécutives, ne sauraient nullement être considérées comme l'origine de l'affection qui nous occupe. La dyspnée asthmatique ayant son siége dans les poumons, c'est dans l'inspection de ces organes qu'on devrait s'attendre à trouver constamment quelque lésion anatomique, s'il était vrai que l'asthme dépendît d'une dégradation pulmonaire.

Mais quand bien même on en trouverait toujours, ce qui est loin d'arriver, il faudrait reconnaître, avec Laënnec, qu'on ne pourrait pas en retirer de grands éclaircissements. « Une attaque d'asthme » purement nerveux, dit cet auteur, donne rarement la mort, et » surtout ne l'amène presque jamais sans avoir déterminé des con- » gestions sanguines et d'autres effets du trouble de la respiration et » de la circulation, dans lesquels des esprits prévenus pourraient » chercher la cause de la maladie, en les supposant antérieurs à la » dyspnée. »

De toutes les altérations constatées par la nécropsie, la seule qui soit parfaitement en rapport avec les symptômes et la nature de l'asthme, c'est la rétraction des poumons vers le haut du thorax, chez les individus qui ont succombé pendant une attaque de cette affection. Dans ces cas, on trouve ces organes, non-seulement rétractés vers la clavicule et les premières côtes, mais encore durcis, tandis que les tuyaux bronchiques présentent une grande diminution dans leur calibre ordinaire.

Relativement à certains désordres que l'on peut, en procédant à la nécroscopie d'individus asthmatiques, rencontrer, soit dans les poumons (tubercules, œdème, vomiques, emphysème, etc.), soit dans les organes circulatoires (hypertrophie, traces de péricardite, ossifications, rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, etc.), dans le système nerveux (altération de couleur et de texture de la moelle épinière, ramollissement de la substance cérébrale dans le point de départ du pneumo-gastrique, etc.), nous n'avons qu'à les énoncer pour faire sentir qu'ils n'ont aucun rapport direct avec l'affection asthmatique.

DE LA NATURE DE L'ASTHME.

Pressé par le temps, je ne chercherai pas à fournir toutes les preuves de la nature spasmodique et spéciale de l'asthme. Il suffit de considérer son origine, son mode d'invasion et de terminaison, pour n'avoir aucun doute sur son analogie avec les affections nerveuses. Comme elles,

il attaque principalement les personnes d'un tempérament nerveux, mobiles et irritables, ou lymphatiques et faibles. Comme elles, il est caractérisé par l'intermittence, la chronicité, et par un appareil de symptômes effrayants mais peu durables. Comme pour les névroses, l'attaque d'asthme et l'affection elle-même doivent souvent leur terme à la formation spontanée d'un écoulement abondant d'urines, d'une diarrhée, ou à la diversion opérée par la formation d'une maladie nouvelle.

L'anatomie pathologique elle-même peut être invoquée à l'appui de l'idée que nous avons de la nature spasmodique de l'asthme, puisque la seule altération qui ait quelque liaison avec lui a été constatée, comme je le disais tout à l'heure, chez les personnes que la mort avait frappées pendant l'attaque.

Quant à la spécialité de l'affection asthmatique, elle ressort de ce que j'ai dit plus haut. J'ai fait connaître aussi comment agit cette affection pour effectuer la dyspnée : je suis fâché que le temps ne me permette pas d'y revenir.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'asthme est de deux genres : 1° celui qui est applicable aux accès; 2° celui qui convient à la cause essentielle de ces derniers et à ses diverses complications.

Traitement applicable aux accès.

Appelé près d'un malade qui est en proie à un accès d'asthme, le médecin doit avoir pour but d'en modérer la violence, ou d'en abréger la durée. Avant toute chose, il s'empressera de lui recommander la position la plus commode, et il fera éloigner toutes les causes qui pourraient vicier ou échauffer l'air, et contribuer à entretenir la gêne de la respiration. Ces précautions sont quelquefois suffisantes dans les faibles attaques, c'est-à-dire dans celles qui peuvent avoir une

solution facile et spontanée. Mais la médication expectante ou naturelle ne saurait suffire toutes les fois que l'accès se prolonge ou offre une grande intensité. En pareil cas, il convient d'attaquer le spasme pulmonaire lui-même ou les causes qui le compliquent et l'entretiennent. 1° Les moyens propres à attaquer le spasme directement sont : les eaux de tilleul, de fleurs d'oranger, de mélisse, le castoréum, l'éther, le musc, la valériane, l'assa-fœtida, la rhue, etc. L'opium peut être utile lorsque le spasme est accompagné d'une vive sensibilité, et que le malade s'en est bien trouvé dans d'autres affections nerveuses.

La belladone, dont on connaît la propriété de déprimer le ton musculaire dans les étranglements herniaires spasmodiques, le trimus, les spasmes de l'urètre dans la portion correspondant au muscle de Wilson, et les spasmes du col utérin, pourrait être mise en usage. Un médecin de mes amis m'a assuré en avoir retiré de bons effets en l'associant avec l'assa-fœtida, dans la vue de modifier son action stupéfiante.

Le stramonium est aussi très-convenable. Un capitaine de dragons, jadis fort sujet à l'asthme, m'a dit avoir réussi constamment à faire cesser presque à l'instant ses accès en aspirant de l'éther dans lequel l'extrait de cette substance avait été dissous. Ce même officier, qui n'a plus d'accès depuis près de quatre ans, croit s'en être délivré en fumant des feuilles de stramonium en cigare, comme du tabac. Le spasme peut encore être combattu par des moyens perturbateurs, tels que des pédiluves ou des cataplasmes fortement sinapisés, les boissons froides conseillées par le docteur Castel, l'ipécacuanha administré au début de l'accès à une dose capable de produire le vomissement, etc.

2° Aucun de ces moyens, à l'exception des eaux distillées de tilleul ou d'oranger, qui, à raison de leur innocuité, peuvent convenir dans tous les cas, et de l'ipécacuanha qui est encore indiqué en première ligne dans l'asthme catarrhal et dans l'asthme gastrique, aucun de ces moyens, dis-je, ne saurait convenir de prime-abord s'il existait quelque complication.

L'une des complications les plus fréquentes, c'est l'engorgement

des vaisseaux pulmonaires; car, de même que la circulation de ces vaisseaux peut être embarrassée par la constriction fixe des ramifications bronchiques, à son tour cette constriction peut être augmentée ou au moins entretenue par la pléthore sanguine des poumons. On reconnaît cette pléthore à l'extrême coloration de la face, à la plénitude du pouls, à une expectoration sanguinolente. Mais quand bien même ces deux derniers signes n'existeraient pas, on aurait lieu de présumer l'engorgement des vaisseaux pulmonaires chez les individus jeunes et pléthoriques. Dans une telle circonstance, surtout si le malade était menacé de suffocation, il faudrait se décider sur-le-champ à pratiquer la saignée : « la faiblesse du pouls, dit Bosquillon, ne doit pas arrêter dans ce cas; souvent il se développe dès qu'on a tiré une certaine quantité de sang. »

La saignée est très-rarement indiquée dans l'asthme humide ou catarrhal, parce que son action débilitante aurait l'inconvénient d'augmenter le spasme et de favoriser l'engouement muqueux des conduits aérifères. Elle doit être généralement proscrite chez les individus avancés en âge ou d'une constitution faible, dans les attaques anciennes réitérées et qui sont très-légères.

S'il existait pendant l'accès une agitation fébrile, on devrait chercher à la tempérer par des émulsions nitrées, l'orgeat, la tisane d'orge et d'oranger, le petit-lait, etc. Si le malade, dans cette agitation, désire vivement des boissons fraîches, on doit les lui permettre; mais il faudrait les faire discontinuer dès que, par la cessation du spasme, l'expectoration commence à se rétablir.

Si l'asthme était dû à une métastase goutteuse sur les poumons, il conviendrait de rappeler la goutte à son siége ordinaire, en excitant les extrémités inférieures par des sinapismes, pédiluves, etc.

Si, dès le début d'un accès, le malade avait la langue très-sale, l'haleine fétide, des nausées; s'il éprouvait, en un mot, les symptômes propres à l'embarras gastrique, on n'hésiterait pas à lui prescrire l'ipécacuanha. Ce même moyen convient quelquefois aussi dans l'asthme humide, pour décider des secousses et des mouvements excentriques propres à faire cesser le spasme pulmonaire ou à dé-

barrasser les ramifications bronchiques engouées par des mucosités. Mais comme les secousses produites par le vomissement sont très-fatigantes, et qu'en excitant trop vivement l'estomac elles pourraient augmenter l'aptitude spasmodique des poumons, il ne faut pas recourir trop souvent à l'ipécacuanha. Il est mieux, pour favoriser l'expectoration, de prescrire la gomme ammoniaque, quelques grains de soufre dans un looch, le polygala, l'oximel scillitique : de tous ces moyens, celui qui me paraît le plus recommandable, est, sans contredit, la gomme ammoniaque. A ce sujet, je ne saurais passer sous silence une observation qui a pour moi le plus grand intérêt, puisqu'elle concerne l'auteur de mes jours : mon père, atteint de l'asthme héréditaire depuis sa plus tendre enfance, après avoir usé d'une foule de moyens thérapeutiques, saignées, sangsues à l'anus, opium, ipécacuanha, pilules aloétiques, pastilles de kermès, soufre, café, etc., n'a éprouvé d'amélioration sensible que depuis qu'il fait usage de la gomme ammoniaque que lui a prescrite un habile praticien d'Avignon, M. Roche. Ses accès ont entièrement cédé à ce médicament, car, depuis qu'il lui a été prescrit, les attaques n'ont plus reparu.

Traitement applicable à la cause efficiente.

Dès que l'attaque d'asthme a cessé, tout rentre dans l'état normal, et le malade peut se croire entièrement guéri ; mais, malheureusement, un peu plus tôt, un peu plus tard, le temps vient lui prouver le contraire. Aussi le médecin doit-il mettre à profit l'intermission ou l'intervalle qui sépare les attaques, pour chercher à déterminer l'affection spéciale qui en est la cause efficiente, et les causes qui peuvent compliquer ou provoquer celle-ci.

Si nous connaissions quelque spécifique contre la disposition particulière en vertu de laquelle le poumon est plutôt affecté de spasme que tout autre organe, nous aurions une thérapeutique aussi sûre que facile ; nous triompherions de l'affection asthmatique aussi souvent

que nous le faisons des fièvres intermittentes par le quinquina, et de la syphilis par les mercuriaux. Mais nous sommes loin d'être aussi favorisés; jusqu'à ce moment, en effet, nous n'avons, pour combattre l'asthme, que les moyens indiqués contre toutes les affections spasmodiques en général, et ceux qui sont réclamés contre ses causes provocatrices et les provocations.

Dans l'aptitude asthmatique, on observe toujours deux modes affectifs :

1° Un éréthisme nerveux; 2° la faiblesse du poumon.

Pour combattre le premier, on se conduira comme dans le traitement de toutes les névroses en général. L'extrême susceptibilité nerveuse des poumons devra être combattue par l'usage de certaines substances sédatives ou antispasmodiques, telles que les vapeurs éthérées seules ou combinées avec le stramonium, la belladone, le cyanure de potassium, etc. Toutefois il faut user de ces moyens avec beaucoup de circonspection, attendu que si, d'une part, le poumon est dans un état d'excitabilité nerveuse; de l'autre, il est plus faible que dans l'état de santé.

La faiblesse du poumon devra être attaquée par les moyens dont l'expérience a constaté l'efficacité, entre autres le baume de Tolu, la gomme ammoniaque, le soufre, les eaux sulfureuses, le lichen d'Islande, le marrube blanc, le café, etc.

Dans l'asthme humide, il y a trois modes affectifs à considérer : 1° la susceptibilité nerveuse ou générale, et en particulier celle du poumon; 2° un élément fluxionnaire fixé sur ces organes; 3° leur atonie. Les moyens propres à combattre ces trois modes seront combinés de manière à ne pas se neutraliser les uns les autres.

L'analyse nous fera connaître une foule d'autres indications qui peuvent se présenter, et que le manque de temps ne me permet pas de rechercher ici. Ce que j'ai dit des causes provocatrices et des complications suffit d'ailleurs pour les faire pressentir.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Caractères botaniques et propriétés médicales des plantes de la famille des labiées.

Les plantes de la famille des labiées ont toutes des corolles monopétales irrégulières, disposées de manière que leur limbe ou leurs bords forment deux divisions principales écartées, ou laissant une gorge ouverte.

Les labiées présentent quatre sections : dans les trois premières, la lèvre supérieure de la corolle ressemble tantôt à un casque, comme dans les sauges ; tantôt à une cuiller, comme dans l'ortie blanche ; tantôt elle est tout-à-fait droite, comme dans le romarin, l'hysope ; dans la quatrième, la lèvre supérieure n'existe pas comme dans la germandrée.

Ces plantes sont généralement toniques.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

L'artère méningée appartient-elle à la dure-mère, et le sang qui la parcourt se distribue-t-il dans cette membrane fibreuse ?

La dure-mère et l'arachnoïde qui en tapisse la face interne étant intimement unies, il est incontestable que le sang apporté par l'artère méningée se distribue autant dans l'une que dans l'autre.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les altérations anatomiques, les causes immédiates et le mécanisme des déviations rachitiques du genou ?

Les altérations anatomiques que l'on observe dans les déviations rachitiques du genou, sont : une extrême disproportion dans la longueur des deux condyles du fémur, le relâchement et le gonflement des ligaments croisés, le ramollissement et l'altération de forme des cartilages semi-lunaires, la friabilité des os qui composent le genou, etc.

La seule cause immédiate en est l'affection rachitique. Les causes qui peuvent mettre en jeu cette affection sont seulement provocatrices.

Le mécanisme s'explique par les altérations du genou.

SCIENCES MÉDICALES.

Des symptômes et du diagnostic de l'endocardite.

L'endocardite est caractérisée par une vive douleur dans la région précordiale, survenue tout à coup, accompagnée d'oppression et de palpitations plus ou moins fortes, d'inégalités ou d'intermittence du pouls. L'œdème et le refroidissement des extrémités inférieures coexistent maintes fois avec cette phlegmasie. Si l'on percute la région précordiale, elle rend un son mat, tandis que le reste de la poitrine rend un son clair.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N........ Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS, *Examinateur*. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Président*. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Suppléant*. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils, *Examinateur*.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Suppléant*.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Examinateur*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !